

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 69

DE LA DILATATION ANO-RECTALE

comme traitement des

DOULEURS DU CANCER

inopérable de l'Utérus

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Camille GAUBERT

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Toulon (Var), le 6 juillet 1877



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, rue Stella, 3

—
1899

DE LA DILATATION ANO-RECTALE

COMME TRAITEMENT DES

Douleurs du Cancer

INOPÉRABLE DE L'UTÉRUS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 69

DE LA DILATATION ANO-RECTALE

comme traitement des

DOULEURS DU CANCER

inopérable de l'Utérus

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Camille GAUBERT

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Toulon (Var), le 6 Juillet 1877



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, rue Stella, 3

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOUlier.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE.
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE.
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. BOYER Assesseur ;
MM. DOYEN, BÉRARD-Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON GRAND-PÈRE

A MA MÈRE

A MES ONCLES
LES DOCTEURS GEOFFROY ET VIAN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Parvenu au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de trouver dans ce modeste travail l'occasion de témoigner toute notre reconnaissance à ceux qui nous ont aimé ou qui se sont intéressés à nous.

Nous dédions ces quelques pages à la mémoire de notre père et de notre grand-père, dont le souvenir est toujours aussi vivace.

Nous unissons dans un même sentiment d'affectueuse reconnaissance et d'amour notre mère et notre oncle, dont le dévouement et l'affection nous ont été si précieux. Notre oncle a été notre premier maître et a su nous faire aimer la carrière que nous avons embrassée. Nous ne l'oublierons jamais.

M. le professeur Poncet nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance. Il a bien voulu nous donner notre sujet de thèse et nous fait, aujourd'hui, le grand honneur d'en accepter la présidence. Qu'il nous soit permis de remercier ce maître éminent, dont nous avons suivi avec

intérêt les savantes leçons cliniques pendant nos trois années d'école.

Merci à tous nos maîtres civils et militaires qui se sont intéressés à nous soit à l'école de Toulon, soit depuis notre arrivée à Lyon.

Nous avons rencontré à l'Ecole de vrais amis, qui ont su nous rendre moins pénibles ces trois longues années. Ils voudront bien se reconnaître dans ces lignes. Nous les remercions de leur amitié sincère que nous n'oublierons pas.

INTRODUCTION

Le cancer de l'utérus s'accompagne fréquemment, comme on le sait, de douleurs plus ou moins vives, avec irradiation du côté de l'anus, du rectum, de la vessie, et cela à un moment quelconque de son évolution. Il va sans dire que l'élément douleur est un facteur d'intervention important; nous voulons parler de l'hystérectomie totale, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale. Mais il est telles circonstances où l'opération est absolument contre-indiquée, et il faut chercher, néanmoins, à soulager le plus possible ces malades.

Jusqu'à ce jour, on ne paraissait guère disposer que de moyens médicaux parmi lesquels la morphine en injections sous-cutanées jouait le principal rôle. Tenant compte de la solidarité anatomique et anatomo-pathologique qui, chez la femme, réunit l'utérus, la vessie et la région ano-rectale, M. le professeur Poncet songea à la dilatation du sphincter ani. Il se demanda s'il ne serait pas possible, par cette opération, faite méthodiquement, comme dans une fissure à l'anus, d'apporter un soulagement à de telles souffrances, particulièrement

lorsqu'elles se manifestent sous forme d'épreintes, de ténésme anal. Cette intervention offrait, en outre, cet avantage d'être simple, sans danger, d'un manuel opératoire bien réglé.

M. Poncet a pratiqué cette opération deux fois dans le but que nous venons d'indiquer. Les malades ont été très notablement soulagées et le but cherché a été atteint : diminuer les souffrances jusqu'au moment de la mort.

Les observations que nous avons pu recueillir sont peu nombreuses, ce qui explique, du reste, la nouveauté du traitement que nous préconisons. Notre but est simplement d'appeler sur lui l'attention, et de montrer par un exposé des connaissances anatomiques et anatomo-pathologiques actuelles, que les chirurgiens doivent, dans certains cas de cancers utérins douloureux et inopérables, recourir à cette intervention chirurgicale.

Dans un premier chapitre, nous étudierons les rapports anatomiques vasculaires et nerveux existant chez la femme entre la vessie, l'utérus, l'anus et le rectum, rapports qui nous expliqueront la solidarité en vertu de laquelle la maladie de l'un de ces organes retentit sur les autres, quelquefois à l'exclusion en tant que souffrances de celui qui est primitivement atteint. Nous chercherons, de plus, d'après les nouvelles recherches de M. Jaboulay sur le rôle du grand sympathique dans les névralgies intra-pelviennes, la richesse de ces derniers organes en fibres nerveuses.

Le deuxième chapitre sera consacré à l'étude anatomo-pathologique et clinique du cancer de l'utérus, du col, du corps, en insistant sur les irradiations doulou-

reuses du cancer utérin, soit qu'il s'agisse d'une extension du néoplasme aux organes voisins (rectum), soit qu'il s'agisse de douleurs par irradiations.

Dans le troisième chapitre, nous étudierons les divers moyens proposés pour lutter contre l'élément douloureux. Enfin, dans le dernier chapitre, seront traités le manuel opératoire et les résultats de l'intervention.

CHAPITRE PREMIER

Rapports anatomiques du rectum et de l'utérus.

De tous temps, les cliniciens ont su que la maladie d'un organe retentit sur les organes voisins, et produit souvent des actions lointaines et inexplicables au premier abord. Sans en connaître la nature on les appelait phénomènes sympathiques, et maintenant on trouve en effet que le grand sympathique a sous sa dépendance la plus grande partie de ces phénomènes. Nous citerons seulement les troubles nerveux et cardiaques observés dans les maladies du tube digestif et en particulier de l'estomac, les troubles respiratoires dans les affections des fosses nasales, les troubles digestifs dans celles de l'utérus et des ovaires, enfin les troubles généraux et locaux de la grossesse.

Ces faits cliniques sont confirmés par des faits chirurgicaux. Exemple : le réflexe vésicorénal produisant l'anurie dans une opération sur un rein, la rétention d'urine dans les opérations pelviennes et beaucoup d'autres.

L'organisme forme un tout composé de parties distinctes mais reliées entre elles par des conducteurs nerveux, et solidaires les unes des autres. L'anatomie et la physiologie des nerfs viscéraux, des plexus, expliquent ce qu'autrefois on se contentait de constater. Les méthodes expérimentales viennent compléter les recherches anatomiques, et fournir des indications nouvelles pour la chirurgie nerveuse. Nous ne rappelons que pour mémoire les résultats produits par l'élongation, par la résection des nerfs, les nombreuses opérations sur le sympathique cervical. Nous insisterons seulement sur le rôle considérable que joue le plexus sacré sur les organes pelviens et même sur les membres inférieurs.

Parmi tous ces organes qui ont des connexions intimes, les organes génito-urinaires et la portion inférieure du tube digestif sont particulièrement remarquables. Les exemples d'influence réciproque abondent et c'est sur eux que nous nous appuierons pour expliquer notre méthode de traitement. Nous allons montrer comment par l'intermédiaire du rectum nous pouvons agir sur les douleurs qui ont leur point de départ dans l'utérus, et pour cela nous allons passer rapidement en revue les rapports embryologiques, anatomiques et cliniques qui unissent ces deux organes.

L'embryologie nous démontre que le développement des organes génitaux est intimément lié à celui de l'appareil urinaire et de l'extrémité inférieure de l'intestin. En effet ce segment se recourbe suivant l'incurvation caudale de l'embryon, et forme ainsi un bourgeon qui donnera l'appareil allantoïdien, c'est-à-dire la vésicule allantoïde, l'ouraque et la vessie. A son pédicule ce

bourgeon reçoit les canaux de Müller et de Wolf dont l'évolution ultérieure différenciera les sexes.

Donc, primitivement « la muqueuse génito-urinaire et ses dépendances ne sont qu'une dépendance de la muqueuse intestinale, et le sinus uro-génital (nom donné à toute cette formation) communique largement avec la cavité de l'intestin postérieur ». Jusqu'alors le sinus uro-génital est isolé de l'extérieur et forme le cloaque interne ou intestino-allantoïdien.

Vers la sixième semaine, se creuse du côté du tégument externe une dépression ou sillon ano-génital. Cette dépression gagne en profondeur vers le cloaque interne, communique bientôt largement avec lui et leur réunion forme le cloaque définitif; anus, rectum, vagin sont confondus.

A ce moment la phase indifférente est terminée et l'orientation vers un sexe se produit. Chez la femme les corps de Wolf et les canaux s'atrophient et ne se retrouvent plus qu'à l'état rudimentaire dans l'organe de Rosenmüller.

Alors les organes génito-urinaires et digestifs ne tardent pas à se séparer complètement, mais cet état, qu'on trouve à l'état adulte chez certains animaux, persiste parfois chez l'être humain en tant que malformation et dans ce cas la tératologie vient compléter l'embryologie.

Tandis que l'utérus se développe aux dépens du conduit de Müller, un éperon vient diviser le cloaque en une cavité rectale et une autre urogénitale. Cet éperon formera le périnée.

La séparation est effectuée et nous devons borner là

les notions d'embryologie nécessaires, car la division du sinus urogénital en vagin et utérus d'une part et vessie de l'autre ne nous intéresse plus.

Donc à un moment de l'existence intra-utérine, rectum, anus, vagin étaient confondus ; l'utérus était en rapport intime avec ce cloaque, et il n'est pas étonnant que tous ces organes qui ont la même origine aient une circulation et innervation communes dans beaucoup de points.

Nous croyons qu'il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup sur les rapports anatomiques de ces organes à l'état adulte. Rappelons seulement que le rectum et l'utérus sont placés dans une atmosphère celluleuse qui les réunit et qui occupe l'espace compris entre le péritoine en haut et le releveur de l'anus en bas. Dans ce tissu cellulaire arrivent les nerfs et les vaisseaux et c'est là que le cancer s'étendra lorsqu'il aura dépassé les limites de l'utérus.

L'utérus est en rapport en avant avec la vessie dont il est séparé en bas seulement par le tissu cellulaire périutérin, en haut par le cul-de-sac péritonéal. Sur les cotés il est en rapport avec les ligaments larges. — En arrière, il est séparé du rectum sur toute sa hauteur par le cul-de-sac postérieur de Douglas et réuni à lui par les ligaments utéro-sacrés dont les principales fibres vont s'attacher sur la 3^e 2^e ou 1^{re} vertèbre sacrée immédiatement en dedans de l'articulation sacro-iliaque. Le rectum est en rapport direct dans sa partie inférieure avec le vagin.

Malgré ce contact presque immédiat du rectum et de l'utérus le néoplasme mettra parfois très longtemps avant de pénétrer les tuniques du rectum et tandis que

cet organe sera entouré de toutes parts par un tissu inflammatoire et néoplasique, ses tuniques ne seront pas altérées. Ces cas sont rares cependant.

Le rectum en arrière est en rapport avec la face antérieure du sacrum et avec la naissance des nerfs des membres inférieurs, des plexus hypogastrique et sacré.

Le rectum est entouré par un riche lacis artériel et veineux formé, soit par des vaisseaux qui lui sont propres, soit par des vaisseaux qui vont à l'utérus, au vagin, à la vessie. Toutes ces artères s'anastomosent plus ou moins entre elles et donnent des branches à d'autres organes que celui auxquels elles sont destinées.

L'hémorroïdale supérieure venant de la mésentérique inférieure, en plus des rameaux rectaux, fournit des branches vaginales (Haller).

L'hémorroïdale moyenne, branche de l'hypogastrique, après anastomose avec l'hémorroïdale supérieure, donne, chez la femme, l'artère vaginale, lorsqu'elle ne naît pas directement de l'hypogastrique, et chez l'homme, des branches à la vessie, à la prostate, aux vésicules séminales (Hyrtl, Sappey, Hoffmann). — Les branches aux organes génito-urinaires sont tellement constantes que Poirier a proposé de l'appeler artère recto-génito-urinaire.

Enfin, la honteuse interne, pour ne citer que les plus importantes, donne des branches à la vessie, au plexus sacré, des anastomoses à l'hémorroïdale moyenne, et une branche à la partie inférieure du tube digestif : l'hémorroïdale inférieure.

Quant aux veines du rectum, les antérieures aboutis-

sent aux plexus vaginaux, les postérieures aux plexus hypogastriques.

Il y a donc autour du rectum un réseau artériel et veineux très développé et si nous avons un peu insisté sur la disposition des artères, c'est que les nerfs dont nous allons nous occuper (nous voulons parler des nerfs viscéraux) suivent les artères, se ramifient autour d'elles pour donner les fins rameaux des plexus qui seront désorganisés par la dilatation du rectum.

Nous empruntons à l'ouvrage de MM. Quenu et Hartmann la description de ces nerfs. Ces nerfs viennent principalement du grand sympathique et quelques-uns seulement du système cérébrospinal.

Ceux émanés du grand sympathique ont des origines multiples : les uns viennent du plexus mésentérique inférieur et accompagnent les vaisseaux hémorroïdaires supérieurs ; d'autres naissent de la portion sacrée du sympathique ; d'autres, enfin, arrivent au rectum par l'intermédiaire du plexus hypogastrique. Ces diverses branches auxquelles se joignent les filets des 3^e, 4^e, 5^e nerfs sacrés forment un riche plexus qui se continue sur toute la partie terminale de l'intestin. Les nerfs sacrés se séparent, se réunissent pour se séparer de nouveau et chaque tronc nerveux se trouve formé par plusieurs branches différentes. Ainsi se trouve constitué ce plexus compliqué, partie intégrante du plexus sacré.

Ces nerfs donnent des filets nerveux au rectum d'abord, à l'utérus, au vagin, à la vessie. Ceux de l'utérus ont été étudiés bien des fois. D'après Herlitzka, qui a fait des recherches sur des utérus de lapines et de cobayes, on trouve plusieurs réseaux : un premier péri-

vasculaire indépendant sans myéline — un second à fibres de Remack dépendant du sympathique — un troisième à fibres myéliniques dépendant du système médullaire.

Ce plexus péirectal est relié au sciatique par des branches qui émanent des ganglions sacrés et par les branches antérieures des 3^e et 4^e paires sacrées. Or, il n'y a rien d'étonnant alors que des filets nerveux irrités soit directement dans l'utérus, soit dans le tissu cellulaire péri-utérin par des productions néoplasiques, envoient des irradiations douloureuses très loin de l'organe lésé et jusque dans les membres inférieurs. — De même des affections des membres inférieurs pourront produire des troubles très haut dans le corps.

Cette influence réciproque est nettement démontrée par une observation de M. le professeur Jaboulay. Une malade âgée de 26 ans présentait des troubles nerveux des membres inférieurs, troubles vasomoteurs avec œdème de l'articulation du genou, et en même temps des troubles menstruels. Ce chirurgien fit le décollement du rectum et en quelques jours les douleurs du membre inférieur, l'arthrite disparaissaient et les règles survenaient deux jours après sans douleurs — et depuis elles sont revenues régulièrement.

La même opération a agi sur les organes génitaux et sur les nerfs sensitifs des membres inférieurs. M. Jaboulay conclut en disant qu'il attache un rôle important aux désordres utéro-ovariens qui se traduisent par de la dysménorrhée et de l'aménorrhée, dans la genèse de certaines arthrites et arthralgies du membre inférieur. Il est facile de comprendre cette coïncidence, si l'on

place leur origine dans le sympathique sacré qui commande à la fois aux organes pelviens et au sciatique, et aussi l'amélioration qui résulte de cette opération dans des territoires qui sont éloignés et paraissent indépendants.

« On ne s'étonnera pas de l'étendue d'influence qui revient au sympathique sacré, si l'on songe que le sympathique cervical commande à la fois aux organes du thorax, du cou et de la tête, c'est-à-dire un territoire encore plus vaste et plus important. »

Le sympathique sacré a donc une influence considérable ; il est sensitif et moteur, il préside à l'hypéresthésie et à la contracture des organes pelviens. On connaît en outre des observations dans lesquelles à lui seul il a présidé aux fonctions de la parturition et de l'accouchement.

Tous les organes du petit bassin sont donc réunis entre eux par des filets sympathiques. Le rectum est situé au milieu et il apparaît à la fois « comme un centre d'irradiation et d'atténuation pour les douleurs de voisinage. Cette importance du rectum dans les affections douloureuses du bassin et des membres inférieurs est connue depuis de longues années. »

Nous verrons en effet plus loin à propos de la dilatation du rectum que cette intervention est connue depuis longtemps dans toutes les affections douloureuses de la vessie, de la prostate, du vagin et de l'utérus.

Enfin pour terminer cette étude sur les rapports du rectum avec les autres organes, il nous faut étudier quelques faits cliniques. Nous retrouvons cette union que devait nous faire prévoir l'anatomie, nous la retrouvons dans la clinique.

Le rectum est cliniquement lié aux organes génito-urinaires mâles ou femelles.

Chez l'homme les exemples abondent. C'est soit une maladie du sphincter anal qui retentit sur la vessie, soit une maladie de la vessie, de la prostate ou de l'urèthre qui retentit sur le rectum et l'anus.

Les sujets porteurs de fissure à l'anus, d'hémorroïdes ou qui ont subi « certaines interventions chirurgicales portant sur le voisinage de l'orifice anal et laissant à leur suite une irritation plus ou moins persistante », présentent un état spasmodique de la vessie et de l'urètre, se traduisant par des mictions fréquentes, difficiles et pénibles parfois jusqu'à la douleur. M. le Dr Guépin cite le cas d'un malade présentant d'abord des crises vésicales douloureuses, sans autre symptôme du côté de la vessie ou de l'anus, puis plus tard apparaît une fissure anale qu'on traite par la dilatation ano-rectale, et les douleurs vésicales disparaissent.

De même les affections douloureuses de la vessie et de l'urèthre se traduisent par de la contracture de l'anus. Pour Maisonneuve et les chirurgiens de son époque, la thérapeutique rectale avait un intérêt capital chez les urinaires de toutes sortes. On l'employait pour les prostatiques, et sous ce terme on comprenait alors toutes les maladies de la prostate, depuis l'hypertrophie simple jusqu'au cancer. On connaissait donc déjà parfaitement l'action des deux organes l'un sur l'autre.

Chez la femme on retrouve le même phénomène. Terrier cite le cas d'une malade chez laquelle une pommade appliquée sur l'anus produisit de la rétention d'urine, de même la malade de Blondeau, qui eut de la

réten tion après le simple passage d'une bougie dans le rectum atteint de rétrécissement.

Mais chez la femme, c'est surtout entre le rectum et l'utérus qu'on observe une influence réciproque, car leurs rapports sont absolument les mêmes que ceux de la vessie et du rectum chez l'homme.

Presque tous les cas de vulvites, de métrites s'accompagnent de douleurs péri-anales et de douleurs irradiées plus loin encore, (surtout dans la dysménorrhée menbraneuse). Parfois les malades croient être atteints d'une maladie de la portion inférieure du tube digestif, tandis que le siège de leur mal est manifestement dans le vagin ou dans l'utérus. Témoin cette malade observée par Péan et dont l'observation est citée dans la thèse de Visca. Cette malade, âgée de 50 ans, souffrait presque continuellement, surtout pendant la marche, de phénomènes douloureux, dont les irradiations autour de l'anus étaient excessivement vives. Elle venait demander une consultation pour du ténésme anal. A l'examen, on ne constatait pas de lésions de l'orifice anal, mais du côté de la vulve un érythème assez intense, érythème que Péan rattacha à la masturbation.

Enfin, nous citerons cette constatation qui permettait à Daniel Mollière d'affirmer la synergie entre le col utérin et le sphincter anal. C'est que chez certaines femmes, chaque fois que l'on touchait avec la sonde utérine l'orifice du col, on voyait se produire un mouvement de constriction du côté du sphincter. Cette influence était plus manifeste encore lorsqu'on cautérisait le col.

Nous voyons donc que comme chez l'homme pour

les maladies de la vessie, les maladies des organes génitaux de la femme retentissent sur le rectum. Cette action est manifestement due aux nerfs, qui réunissent tous les organes et qui les mettent tous sous la dépendance des centres.

Pour nous résumer, de tout ce chapitre sur les rapports anatomiques et cliniques des organes du petit bassin, il faut retenir ceci : des organes qui ont une origine à peu près commune, une innervation et une vascularisation qui se complètent, sont absolument liés entre eux. Et alors de même que la maladie de l'un se traduit par des symptômes douloureux chez l'autre, de même une intervention agira sur les deux à la fois. Tous ces phénomènes sont placés sous la dépendance du système nerveux.

De plus il faut encore se rappeler que le rectum est admirablement situé au milieu de tout ce réseau de nerfs qui partent dans toutes les directions, et que l'opération de la dilatation telle qu'on la pratique aujourd'hui doit forcément jeter le trouble dans toutes ces fibres connectrices. Nous verrons lorsque nous étudierons le manuel opératoire que cette opération a été faite dans toutes les maladies citées plus haut, et les résultats inespérés produits par ce traitement, justifient complètement une semblable intervention dans des maladies où la chirurgie proprement dite est impuissante à apporter un soulagement efficace.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique. — Symptomatologie.

Nous ne voulons pas faire l'anatomie pathologique complète des cancers de l'utérus. Le titre précis de notre thèse nous oblige à nous cantonner dans une certaine partie de cette étude et nous envisagerons seulement la propagation du cancer en arrière dans le tissu cellulaire autour du rectum, et surtout l'envahissement des nerfs, c'est-à-dire la production des douleurs.

Disons tout d'abord que nous comprenons sous le nom de cancer de l'utérus, toutes les néoplasies malignes de cet organe sans distinctions histologiques.

De plus, on a généralement l'habitude de diviser les cancers de l'utérus en cancers du col et cancers du corps. Mais, le plus souvent, les derniers sont des complications des premiers, et il est bien rare de les trouver seuls. D'après une statistique de Pichot, on trouve sur 100 cancers de l'utérus, seulement six limités au corps. La proportion est très faible et comme nous nous

occupons ici simplement de la marche du néoplasme vers le rectum, de la propagation, cette étude serait inutile. Nous n'établirons donc pas cette division.

Nous ne ferons la distinction des différentes formes du cancer que pour rappeler que la forme végétante qui a une tendance à descendre dans le vagin, reste longtemps dans les limites de l'utérus; que la forme ulcéreuse, au contraire, détruit rapidement le tissu utérin et ne tarde pas à se propager dans le tissu cellulaire environnant. Quant à la forme infiltrante, elle reste confinée pendant un certain temps dans l'intérieur du muscle utérin; les vaisseaux, les nerfs de l'utérus sont comprimés, enflammés et envahis. Lorsque cette forme siège sur le corps, elle présente peu de tendance à envahir la muqueuse cervicale. Mais la paroi utérine est à peu près détruite et rongée par l'envahissement de tissus rapidement caducs, qui, à peine formés, se désagrègent. La muqueuse est parfois reconnaissable, mais les masses musculaires sont infiltrées par la néoplasie, et c'est dans ce cas surtout que les douleurs sont précoces.

Supposons que le néoplasme ait dépassé les limites de l'utérus. Il trouve soit le péritoine, soit le tissu cellulaire périrectal. De la péritonite peut se produire, mais le plus souvent le tissu cellulaire est primitivement envahi. L'envahissement peut se faire en avant, en arrière et sur les côtés. Le cul-de-sac antérieur est pris plus fréquemment que le postérieur au début. D'après une statistique de Caron sur 51 autopsies, 18 fistules vésico-vaginales furent trouvées et seulement 7 recto-vaginales. L'envahissement postérieur est donc moins fréquent, tout au moins au début, mais lorsqu'il

se produit, plusieurs cas peuvent se présenter dans cette propagation.

Tantôt le néoplasme pousse des bourgeons cancéreux qui viennent comprimer le rectum et produire un arrêt des matières fécales; tantôt il se fait au contact du cancer un travail inflammatoire dans tout le tissu cellulaire.

Dans le premier cas, le tissu cellulaire est rapidement envahi par les traînées cancéreuses qui arrivent jusqu'aux tuniques du rectum. Le rectum s'enflamme, adhère à la tumeur, des perforations s'établissent, et par suite de la rectite, et par suite de l'envahissement cellulaire.

« La rectite qui survient dans ces cas, se caractérise à son début par une hyperémie de la muqueuse qui est friable et parsemée de petites taches ecchymotiques; puis se produisent les érosions, les ulcérations profondes. » Dans cette forme, la perforation est assez rapide, parce que le tissu de nouvelle formation ne trouve pas devant lui de barrière solide pour l'arrêter.

Dans les cas où l'inflammation précède les traînées néoplasiques, le tissu cellulaire périrectal s'enflamme; des adhérences solides s'établissent par suite des poussées successives de pelvi-péritonite et peu à peu forment une barrière qui s'opposera à l'extension du cancer. Les tuniques du rectum sont épaissies, indurées et c'est seulement lorsque le néoplasme a pu traverser tout ce tissu inflammatoire qu'elles se ramollissent, s'ulcèrent et la fistule se produit. La perforation, à cause de cette véritable lutte contre l'envahissement, peut être retardée beaucoup et peut même manquer, comme dans un cas

présenté à la Société anatomique de Paris par M. Ch. Féré.

« Il s'était produit une rétention des matières fécales par suite d'un retrécissement du rectum. Tous les organes pelviens étaient intimement adhérents; les culs-de sac recto-vaginal et vésico-vaginal avaient disparu; les ovaires et les trompes étaient enveloppés par des adhérences péritonéales. Le rectum accolé à la face postérieure de l'utérus n'était pas envahi par le cancer, mais difficile à isoler du tissu dur et serré qui l'entourait il était réduit au volume du pouce; les tuniques ne semblaient pas altérées, mais la muqueuse était très pâle. »

On voit donc que la fistule rectale est peu fréquente (7 cas sur 100), que le cancer reste le plus souvent un temps assez long pour arriver jusqu'au rectum, mais le tissu cellulaire est envahi. C'est suffisant pour provoquer les douleurs et c'est à ce moment que la dilatation est indiquée pour les calmer, car elle permettra de désorganiser plus complètement les filets nerveux enflammés ou envahis.

Voyons maintenant comment les nerfs se comportent vis-à-vis du néoplasme et comment ils réagissent.

Deux cas se présentent : ou bien le nerf est au milieu de tissus inflammatoires; ou bien il est juxtaposé à des foyers cancéreux et plus tard envahi par eux.

Lorsqu'il est dans cette gangue inflammatoire calleuse et fibreuse formée par le tissu conjonctif sous-péritonéal, il subit des phénomènes de compression simple ou de névrite.

Dans la compression les nerfs sont aplatis et le névri-

lème reste intact, mais au bout d'un certain temps les tubes nerveux subissent des altérations analogues à celles du bout périphérique des nerfs coupés. La myéline se segmente, dégénère et les gaines de Schwann ne contiennent plus que des globules graisseux.

La névrite est le plus souvent parenchymateuse au début mais elle change plus tard et on sent « un cordon gros et dur dont le volume est doublé, triplé, et dont l'induration rappelle la consistance d'un tendon ou d'un cartilage. Le nerf reste blanc ou gris de plomb encore arborisé à sa surface ; sur une coupe on ne retrouve plus, ou seulement par points, le relief de tubes nerveux. Une gangue conjonctive d'un gris rougeâtre en constitue presque toute l'épaisseur. Le nerf a pris l'aspect moniliforme » (Duplay et Reclus).

Les lésions qui précèdent sont intéressantes, mais prouvent seulement la participation du tissu nerveux à l'inflammation générale du tissu cellulaire. Beaucoup plus intéressantes sont les lésions produites sur les nerfs par l'envahissement du carcinome.

Nous devons nous reporter aux premières recherches histologiques de Cornil, qui le premier en 1864 fit des constatations d'une très grande valeur sur les nerfs dans un cancer de l'utérus. Après lui, paraît en 1876, un mémoire important de Colomiatti. Enfin, plus tard en 1888, Pilliet communiqua une observation très complète à la Société anatomique, et nous ne pouvons mieux faire que de lui emprunter ses considérations.

Au contact du néoplasme le nerf est envahi de dehors en dedans par les éléments épithéliomateux ; ils se groupent en virole autour de chaque tronc nerveux ;

ils végètent d'abord dans le névrilème, puis à sa face profonde et s'infiltrant dans les espaces interfasciculaires en refoulant les tubes nerveux qui dégénèrent. La gaine lamelleuse se trouve ainsi comprise entre deux zones de tissu néoplasique et en dedans de la gaine il se forme deux centres de production de tissu morbide : l'un externe au faisceau de tubes nerveux, l'autre qui en occupe son centre.

Le nerf encore engainé par son névrilème, est segmenté par une série de cloisons fibreuses qui s'en détachent, et ainsi sont constituées une série de logettes que remplissent des amas épithéliaux : à peine trouve-t-on ça et là quelques tubes nerveux, du moins sur le segment le plus altéré. Sur les points où le processus est de plus fraîche date, la disposition est encore plus caractéristique. Sur une coupe transversale on voit tout autour du faisceau de tubes entre la gaine lamelleuse et lui une zone plus ou moins large de cellules épithéliomateuses dentelées. Parfois on trouve plusieurs assises de cellules superposées ; de plus on y rencontre des globes épidermiques de différentes grosseurs, qui refoulent le tissu nerveux de la périphérie vers le centre.

On observe aussi, au milieu même des faisceaux, entre les tubes qui les constituent des amas épithéliaux plus ou moins développés et même des globes épidermiques de différents âges. Il faut ajouter que les vaisseaux du nerf et de ses enveloppes présentent toujours des lésions de sclérose avancée.

On constate donc que des cellules épithéliales pénètrent dans le nerf en suivant les vaisseaux sanguins et

surtout par le large espace lymphatique qui est situé entre la gaine lamelleuse et les tubes nerveux. Et alors tantôt le nerf disparaît au milieu du néoplasme, tantôt le néoplasme propagé demeure longtemps encapsulé dans le nerf qui présente des gonflements par places et des nœuds jusqu'à ce que la gaine se rompe et lui permette de se propager au loin.

Telles sont les lésions locales des nerfs au contact du tissu de nouvelle formation. Mais ces altérations nerveuses peuvent dépasser de beaucoup les limites du mal et s'étendre dans tout le bout périphérique. En tenant compte des nombreuses anastomoses que nous avons étudiées plus haut dans l'anatomie des plexus, nous comprenons que ces lésions peuvent se propager très loin et produire des douleurs dans des régions qui devraient, semble-t-il, rester indemnes.

Nous allons voir maintenant dans le chapitre clinique que des phénomènes douloureux parfaitement caractéristiques correspondent aux lésions que nous venons d'étudier.

Au point de vue clinique le cancer de l'utérus, comme tous les cancers, peut présenter une diversité infinie de formes, suivant que ses trois symptômes fonctionnels principaux, écoulement séro-sanguinolent, métrorragies, douleurs prennent plus ou moins d'importance. Tantôt l'écoulement séro-sanguinolent est abondant et existe seul pendant longtemps sans devenir fétide et on peut croire à un fibromyome ou à des polypes. Tantôt une métrorragie apparaît sans cause, puis tout rentre dans l'ordre et il ne se produit d'autres

hémorragies qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Tantôt ce sont des douleurs qui débutent, nous verrons plus loin suivant le siège du néoplasme les douleurs apparaître à des époques absolument différentes. Mais dans la majorité des cas on peut dire avec Tillaux que lorsqu'une femme atteinte de métrorragie et d'écoulement séro-sanguinolent plus ou moins abondant ne souffre pas du tout, c'est qu'il ne s'agit pas d'une métrite et qu'il est bien à craindre que ce ne soit un cancer utérin encore limité au col. Le cancer du col est indolore et ne devient douloureux que lorsqu'il a dépassé les limites de l'organe (Gusserow). Donc dans cette étude clinique il faut bien distinguer le cancer du col de celui du corps au moins dans les débuts.

Le cancer du col débute généralement par des ulcérations, un écoulement sanieux peu abondant et quelques hémorragies. Le diagnostic peut être difficile à cette époque et cependant c'est le moment propice où il importerait de savoir quelle est la nature de l'affection qu'on traite. C'est aussi pourquoi le cancer du col est presque toujours inopérable, car les malades viennent consulter un médecin seulement lorsqu'elles souffrent, et lorsqu'elles souffrent il est presque toujours trop tard. Le vagin est envahi; le corps de l'utérus aussi, mais surtout le tissu cellulaire péri-utérin, ce qui pour la majeure partie des cas est une indication de ne pas intervenir. Nous verrons aux observations (3^e observation) qu'une malade ne présentait aucun signe objectif de propagation du cancer aux organes voisins. Elle se plaignait seulement de quelques douleurs à la miction. L'hystérectomie fut faite et on constata que la tumeur

présentait un prolongement en avant vers la vessie. La récédive fut rapide. Donc dans le cancer du col les douleurs sont tardives et indiquent la propagation.

Les malades commencent par présenter ce que Pozzi appelle le syndrome utérin. Elles se sentent mal à l'aise ; des douleurs surviennent vagues, sans siège encore bien précis. Elles sont très probablement liées à des phénomènes réactionnels inflammatoires mais elles n'ont pas le caractère des douleurs cancéreuses que nous allons maintenant décrire.

Puis le tissu conjonctif est envahi. Alors surviennent les vraies douleurs. Succédant à ces sensations de pesanteur, de gêne, et sans qu'aucune cause puisse les expliquer, des crises d'une extrême violence apparaissent. D'abord très espacées, puis bientôt presque continues et ne laissant plus aucun moment de repos aux malades. Ces crises, que Simpson a été le premier à signaler, sont absolument pathognomoniques et ne peuvent être méconnues. Ce sont des douleurs que les malades comparent à des brûlures, à des déchirements, des broiements avec des irradiations nombreuses. C'est une véritable torture qui se renouvelle plusieurs fois par jour et quelquefois avec une certaine régularité aux mêmes heures. Nous avons observé tout récemment une malade atteinte de cancer de l'utérus inopérable qui souffrait à un point tel qu'elle demandait en pleurant une opération quelconque pour être débarrassée de son mal. Nous avons pu constater chez elle ce genre de douleurs à crises paroxystiques pendant lesquelles elle était absolument folle. Elle se plaignait d'irradiations constantes du côté de l'anüs et du rectum ainsi que,

mais moins souvent, du côté des lombes et des membres inférieurs. Ces irradiations douloureuses et cette sorte de fixité autour du rectum nous sont bien expliquées soit par l'anatomie pathologique qui nous montre l'envahissement des nerfs par le néoplasme, soit surtout par la connaissance des innombrables ramifications nerveuses qui font une sorte de collier au rectum.

Ces douleurs avaient été primitivement attribuées par Schröder à des contractions utérines destinées à faciliter l'expulsion du contenu anormal de la matrice. Mais nous voyons qu'aujourd'hui on ne peut soutenir de semblables opinions car nous savons bien que très souvent après un curettage aussi consciencieux que possible les douleurs persistent, ce qui ne pourrait s'expliquer si la rétention des parties détruites par la néoplasie était seule en cause dans la production de douleurs. La douleur n'est donc pas due à des contractions de l'organe, mais à l'extension du néoplasme vers la périphérie.

Ces crises de douleurs augmentent de plus, en plus et les malades ne peuvent obtenir un moment de repos que par l'emploi et même l'abus de la morphine, tandis que nous verrons chez les malades traitées par la dilatation forcée pratiquée par M. Poncet, les souffrances considérablement diminuées.

Dans le cancer du corps, au contraire du précédent, les douleurs arrivent au début. Autant est tardive la douleur du cancer du col, autant elle est précoce dans celui du corps. C'est dire que le volume de la tumeur a peu d'influence sur l'intensité des douleurs. Les symptômes sont analogues à ceux des fibromyomes, mais

les douleurs sont beaucoup plus fortes. Plus tard les autres symptômes fonctionnels du cancer surviennent et alors il n'y a plus de différence entre le cancer du col et celui du corps. L'écoulement abondant est très fétide, les métrorragies sont fréquentes; la cachexie commence.

On voit donc que l'élément douleur est constant, qu'il apparaît tôt ou tard et que s'il peut faire diagnostiquer un cancer du corps encore opérable, il arrive dans le cancer du col lorsque la chirurgie est désarmée.

A ces symptômes utérins viennent se joindre des symptômes vésicaux et rectaux. Du côté du rectum la constipation se produit, soit par compression de l'organe, soit par paralysie. Alors aux douleurs précédemment décrites viennent se joindre du ténesme, des épreintes anales, des écoulements sanguinolents et glaireux par le rectum sans qu'on puisse cependant observer la moindre ulcération.

Nous ne parlerons pas des symptômes fournis par le toucher vaginal. Ils suffisent le plus souvent pour renseigner sur l'indication de l'intervention. Lorsque l'utérus est mobilisable, l'opération est possible. Mais il arrive des cas où le cancer a dépassé les limites de l'utérus et où cependant le doigt placé dans les culs-de-sac ne sent aucune zone indurée ou présentant des adhérences. L'utérus est facilement abaissable comme c'est arrivé dans l'observation III.

En résumé, l'étude anatomo-pathologique et clinique prouve que lorsque le cancer de l'utérus est douloureux, il n'est plus opérable.

Ces cas de cancer inopérable s'observent fréquemment en clinique, car comme nous l'avons déjà dit, les malades viennent se faire soigner seulement lorsque les douleurs viennent s'ajouter aux autres symptômes.

CHAPITRE III

Traitements palliatifs des cancers de l'utérus.

Le diagnostic d'un cancer de l'utérus est fait. Quel sera le traitement? sera-t-il palliatif ou curatif? il sera curatif lorsque toutes parties envahies par le néoplasme pourront être enlevées largement. Par conséquent, pour pouvoir faire l'ablation complète en un mot l'hystérectomie totale il faut que :

1° Le cancer soit limité au col et qu'il n'existe pas de propagation profonde au tissu péri-utérin. Il faut que la mobilité soit parfaitement conservée.

2° Que le vagin ne soit pas envahi primitivement ou consécutivement, car la propagation au vagin est un signe grave pour le pronostic.

3° Enfin, que les organes voisins comme la vessie et le rectum soient sains. C'est en effet l'opinion de la plupart des gynécologistes français de s'abstenir dans ces cas. Il ne faut pas se laisser entraîner à des opérations qui n'auront aucune utilité et qui conduiront à une récurrence fatale. Quelques chirurgiens cependant ne sont

pas de cet avis. Pawlik recommande l'ablation du tissu cellulaire péri-utérin infiltré. Mickulicz dit que « tant qu'on regardera la vessie et le rectum comme des *noli me tangere*, aussi longtemps l'extirpation de l'utérus ne donnera pas les résultats désirables; il ne faut pas craindre d'attaquer franchement le rectum et la vessie, qui ne sont pas des organes essentiels à la vie. » Et de même Terrier dit qu'il n'hésitera pas à opérer tant que l'extirpation de la portion envahie du rectum et de la vessie ne sera pas incompatible avec l'existence. » C'est évidemment une exagération qui peut avoir des conséquences funestes pour la survie des malades.

On le voit, d'après les conditions énoncées plus haut les cas de cancer de l'utérus opérables doivent être très restreints et d'après une statistique de Schultze qui date de 1896 (clinique gynécologique de Buda-Pesth) sur 100 malades qui entrent à l'hôpital 23 à peine présentent les conditions qui permettent la cure radicale.

Si maintenant on suit les malades opérés on constate une mortalité effrayante la première année et la récurrence dans à peu près les deux tiers des cas.

D'après une statistique de M. le professeur Lannelongue (Bordeaux) sur 48 hystérectomies faites pour cancer de l'utérus 47 malades succombent avant les 8 mois qui suivent.

Ces résultats sont loin d'être encourageants, et bien qu'on trouve quelques statistiques moins sombres, on doit hésiter beaucoup avant de proposer une opération aussi grave.

Le traitement palliatif a donc un immense champ

d'action, car il faut soulager le plus possible ces malades qui endurent des souffrances horribles. Les chirurgiens ne doivent pas les abandonner, contrairement à une opinion malheureusement assez répandue que lorsque le cancer ne peut plus être opéré, il constitue une affection contre laquelle la morphine seule peut quelque chose.

On a beaucoup cherché. « La question du cancer de l'utérus, a dit Gallard, a toujours eu le singulier privilège de solliciter des esprits chercheurs à de trop ardentes investigations et de les entraîner à des illusions d'autant plus promptement déçues, qu'elles avaient été plus brillantes. »

Nous passerons en revue les principales méthodes de traitement en faisant ressortir leurs mérites respectifs et en envisageant surtout leur valeur thérapeutique vis-à-vis des douleurs. Soulager la douleur, nous semble-êtré l'indication la plus importante et c'est celle qui a été le moins étudiée.

Nous verrons successivement la méthode sclérogène, le curettage et les caustiques.

Méthode sclérogène. — Nous ne nous attarderons pas à décrire la sérothérapie qui n'a donné que de mauvais résultats. Cette méthode fondée sur le rapprochement purement spéculatif du cancer et des affections microbiennes, espérait guérir le cancer en injectant le sérum d'un cheval inoculé avec une portion de la tumeur en cause. Les résultats ont été mauvais et la méthode se réduit à une thérapeutique purement tonique au point de vue général et localement décongestionnante.

La méthode sclérogène est beaucoup plus importante et différents auteurs ont obtenu des succès. Les Allemands surtout l'ont expérimentée. On entend par méthodes sclérogènes les modications qui consistent en injections intersticielles pratiquées dans le parenchyme même de l'utérus, de liquides toxiques pour des éléments cellulaires. Ces éléments nécrosés disparaissent et à la place se forment des tissus de sclérose qui arrêteraient le développement de la tumeur.

Les principaux sclérogènes sont les matières colorantes dérivées de l'aniline, l'acide salicylique et l'alcool.

L'emploi des couleurs dérivées de l'aniline (violet de méthyle) est basé sur l'action élective des colorants sur les noyaux de cellules néoplasiques. La première idée de ce traitement appartient au professeur Mosetig-Moorhoff, de Vienne. Des succès sont enregistrés. D'après les observations recueillies par Portes dans sa thèse, la tumeur diminue de volume, les écoulements se tarissent et les douleurs sont insignifiantes. Cependant la méthode a été mal accueillie en France, et pour MM. Le Dentu, Quenu, Richelot, Reclus et Basy, ce traitement est inefficace.

L'acide salicylique employé par Bernhardt, de Munich, et l'alcool par Hauffer, de Budapesth, produisent au dire de leurs auteurs l'amendement des douleurs, la cessation des hémorragies et des écoulements. L'alcool agirait localement en produisant des travées scléreuses qui entravent la progression du néoplasme et affaiblissent sa vitalité en obstruant ses voies de nutrition, sanguines et lymphatiques.

Mais là encore, les avis sont partagés : si l'enthou-

siasme existe du côté des auteurs, nous voyons d'un autre côté Schramm (*Centralblatt für Gynecologie*, 1898) pour qui l'amélioration des symptômes serait exceptionnelle à la suite de ce traitement et qui aurait été souvent contraint de l'interrompre à cause des violentes douleurs de l'injection intersticielle.

De plus ce traitement est long et nous ferons remarquer, d'après les observations que nous avons pu recueillir, que l'amélioration cesse peu de temps après la suppression des injections. — Dans deux observations de Schultze le traitement a été inefficace lorsque l'infiltration néoplasique était trop étendue.

Curettage. — Nous avons vu que les résultats de la méthode sclérogène étaient bien discutés. L'alcool seul donnerait quelques succès, mais il est très douloureux. Avec le curettage, nous arrivons à un mode de traitement bien mieux connu. C'est une opération employée depuis fort longtemps. Ambroise Paré ne dit-il pas déjà qu'il faut « user de la cure palliative pour adoucir la fureur du chancre de la matrice ». Aujourd'hui, cette méthode après avoir été délaissée, revient en honneur. Seulement, on peut terminer le curettage par la cautérisation au thermocautère qu'on promène rapidement sur la surface ulcérée.

Quels sont les avantages du curettage? Il arrête rapidement les hémorragies, et l'ichor, dont la fétidité désespère les malades, disparaît ou s'atténue pour un certain temps. Il supprime la rétention des produits septiques du cancer et par là agit sur l'état général de la malade, car il arrête la résorption qui se produisait

dans l'utérus. Cette rétention peut être très ancienne et alors, au moment de l'ouverture du col de l'utérus, un flot de pus vient s'écouler.

Les douleurs diminuent, mais seulement celles qui étaient causées par la rétention des liquides dans l'utérus par le néoplasme végétant. En effet, sous l'influence de cette distension, l'utérus se contracte comme pour expulser le produit étranger et les contractions sont douloureuses. Mais les douleurs n'ont pas le caractère d'exacerbation et de crises paroxystiques des vraies douleurs cancéreuses, de celles qui sont produites par la propagation du cancer au tissu cellulaire périmetrical et des ligaments larges.

Quels sont les inconvénients et les dangers? — Pendant l'intervention, une hémorragie assez abondante se produit, tant que toutes les fongosités ne sont pas enlevées. En général, l'écoulement sanguin s'arrête lorsqu'on retire la curette. Mais si la malade était fortement anémiée avant l'opération, cette perte de sang pourrait contribuer à produire une syncope mortelle.

La curette peut causer une perforation de l'utérus. Cet organe, friable lorsqu'il est dégénéré, se laisse déchirer facilement, et la déchirure peut faire communiquer l'utérus avec le péritoine, ou bien avec le rectum et la vessie. La perforation vésicale est facilement évitable à cause de sa situation. Celle du rectum aussi, en prenant la précaution de guider son instrument en faisant le toucher rectal. Celle du péritoine se fait ordinairement dans le cul-de-sac de Douglas. Elle n'est pas particulière aux curettages dans les cancers de l'utérus, on

l'observe aussi bien dans les métrites, en somme toutes les fois que les parois utérines ne sont pas normales.

Cette complication grave n'est pas toujours mortelle, et des malades ont guéri de leur déchirure du péritoine. Ajoutons qu'avec de l'habitude et de la prudence, on peut éviter très souvent cette complication.

Nous voyons donc que le curettage est un excellent moyen thérapeutique contre les hémorragies, les écoulements fétides et que, par conséquent, il est souvent indiqué, mais n'oublions pas que les douleurs cancéreuses n'ont pas disparu. La curette, en effet, vient enlever les parties centrales de la néoplasie, celles qui doivent s'éliminer, mais le cancer s'étend par sa périphérie. Il irrite les nerfs, les envahit, et l'agent d'irritation persistera, puisque dans cette intervention on n'agit pas sur la totalité de la lésion, mais seulement sur sa partie la plus superficielle. Comme, d'autre part, on n'agit pas sur les conducteurs nerveux, les douleurs continueront à revenir avec leurs paroxysmes et leur régularité.

Caustiques. — Le cautère est peu employé : ses indications sont plus restreintes que celles du curettage et, de plus, le traitement est plus long et surtout beaucoup plus douloureux. Parfois on fait précéder l'application du cautère d'un curettage. Ce n'est alors qu'un simple adjuvant comme la cautérisation ignée.

On a employé des préparations arsénicales. — Mais le chlorure de zinc est resté longtemps le caustique de choix. — Maintenant, depuis quelques années, on essaie un nouveau corps, le carbure de calcium.

Le chlorure de zinc sera employé de préférence sous forme de crayon (association d'une partie de chlorure de zinc avec de la farine d'avoine) lorsqu'on aura à l'employer à l'intérieur de la cavité utérine. Sur le col on appliquera de la pâte de canquoin simple.

L'ignorance où l'on se trouve de sa puissance destructive est un des nombreux inconvénients de ce corps. On ne sait jamais où il s'arrêtera et des perforations de l'utérus se produisent, faisant communiquer cet organe avec les organes et les cavités voisins.

De plus, il est extrêmement douloureux dans son application, et de nombreux malades n'ont pas pu le supporter.

Enfin, le caustique fuse vers les parois du vagin. On s'est ingénié pour éviter les coulures de cette substance. Laroyenne, Condamin ont proposé des techniques et des spéculums spéciaux qui limitent l'action au col.

Mais, en somme, c'est un caustique dangereux à employer, très douloureux. Il ne pourrait être indiqué que chez des femmes cachectiques dont l'écoulement est très abondant et les hémorragies répétées.

Reste maintenant le carbure de calcium que M. Guinard a eu le premier l'idée d'employer contre les hémorragies. Ce corps, au contact de l'eau, se transforme en acétylène et c'est l'analogie avec l'action coagulante des carbures du gaz d'éclairage qui l'a conduit à l'essayer.

La technique est très simple. On prend un petit morceau de carbure de calcium qu'on introduit à sec jusqu'au contact des parties malades, puis on bourre le vagin avec de la gaze. Pendant 3 à 4 heures la malade

a une forte sensation de brûlure qui disparaît ensuite rapidement.

Trois jours après on fait un lavage et on recommence.

L'hémorragie est, paraît-il, sûrement arrêtée, même dès la première application par suite de cette action coagulante sur le sang. L'odeur et l'écoulement fétide lui-même seraient supprimés et dans la moitié des cas les douleurs disparaîtraient, n'oublions pas cependant que l'application est assez douloureuse. En somme, une amélioration considérable de tous les symptômes. Mais la principale indication est l'arrêt rapide des métrorragies.

En résumé, cette courte étude des moyens palliatifs nous a montré que si les hémorragies, les écoulements fétides ont été diminués assez fréquemment, les douleurs n'ont jamais été sérieusement influencées, sauf peut-être par le carbure de calcium. Les hémorragies cessent soit à la suite d'un curettage ou après application de chlorure de zinc, soit surtout avec le carbure de calcium. Ce dernier corps sera employé spécialement dans les cas de nécessité, lorsque des hémorragies abondantes auront fortement anémié la malade et qu'une intervention sanglante occasionnerait peut-être la mort. La technique est simple, l'action rapide et l'effet constant.

Contre la fétidité le curettage est préférable. Mais lorsqu'on arrive au symptôme douleur on est surpris de ne trouver aucun procédé qui soulage véritablement les malades. Il n'y a que la morphine qui est efficace, mais au prix d'une intoxication constante. La dilatation ano-rectale a donc une indication importante et son action nous semblera rationnelle maintenant que nous

connaissions la nature des douleurs cancéreuses et leurs irradiations.

Cette dernière opération n'exclut pas les autres procédés de traitement. Elle peut au contraire être utilement combinée avec une opération de propreté comme le curettage.

CHAPITRE IV

Opération et Résultats

La dilatation du sphincter anal est une opération connue depuis près d'un siècle. C'est en effet en 1829 que Récamier fit une communication à l'Académie de médecine sur une opération nouvelle destinée à guérir la fissure anale. Cette opération consistait à introduire successivement dans l'anus plusieurs doigts pendant que le pouce resté à l'extérieur exerçait sur le sphincter une pression intermittente à rythme régulier. Récamier nommait sa méthode le massage cadencé de l'anus.

L'Académie ne fit aucune attention à ce traitement, « impressionnée qu'elle fut tout d'abord autant par la singularité du nom sous lequel l'auteur la désignait que par la bizarrerie même de l'idée de rythme ou de cadence à laquelle l'auteur semblait attacher une importance mystérieuse. »

L'indifférence de l'Académie contribua beaucoup à faire tomber ce traitement dans l'oubli. L'exemple de Récamier ne fut pas suivi pendant 20 ans jusqu'au jour

où Maisonneuve comprit que « sous ce nom bizarre, sous cette apparence mystérieuse se cachait une idée juste et véritablement pratique, celle de la distension forcée, comme moyen de faire cesser les contractures musculaires chroniques. » Il supprime le rythme et se borne à soumettre le sphincter anal à la dilatation énergique par les doigts. Il donne à son opération le nom de dilatation forcée et elle est acceptée rapidement par tous. Son procédé primitif ne s'emploie plus, Il enfonce la main en cône dans le rectum, puis fermait le poing et le retirait brusquement. On entendait alors un craquement particulier qui annonçait la rupture des fibres musculaires. Mais ce procédé était trop brutal, la dilatation se faisait trop brusquement et il se produisait des déchirures.

Nelaton et Chassaignac conseillèrent de la faire avec les pouces et de pousser l'écartement jusqu'aux ischions.

Aujourd'hui, on procède de deux façons, soit avec des instruments, soit avec les doigts, quelquefois on les emploie concomitamment. Comme instruments, on se sert du dilatateur à trois branches d'Ambroise Paré, ou bien de dilatateurs bivalves. Mais les doigts sont préférables, car ainsi on peut agir plus graduellement et on perçoit bien mieux la sensation de résistance vaincue qui indique qu'on doit s'arrêter. Suivant les préférences de chacun, on emploie les pouces ou les index.

La malade, la veille de l'opération, prend un lavement. On fait l'anesthésie complète. On introduit les doigts graissés, puis on les écarte en sens contraire jusqu'à ce qu'on sente la résistance du sphincter vaincue.

Il est utile de faire une seconde dilatation perpendiculaire à la première.

C'est en somme le *modus faciendi* de la fissure anale; M. le professeur Poncet y joint la dilatation *du rectum* pratiquée avec douceur et faite le plus haut possible, soit avec les doigts, soit mieux avec des spéculums pleins, à cause de la profondeur. Il conseille de remonter à 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'orifice anal. Cette manœuvre est peut-être la plus importante, car elle agit directement sur les filets nerveux.

Pendant l'opération, il faut veiller soigneusement aux accidents anesthésiques qui pourraient se produire sous l'influence d'un reflexe parti de l'anus. L'introduction des doigts et leur écartement provoquent chez les malades endormies une sorte de spasme inspiratoire. « On peut en diminuer l'intensité en introduisant doucement le doigt dans l'anus, l'y laissant quelques secondes immobile, de manière à en tâter pour ainsi dire la sensibilité reflexe. » Comme Quenu et Hartmann le conseillent, on peut faire chez les sujets nerveux une injection de morphine de 1/2 centigramme une demi-heure avant l'opération et une deuxième de 1/2 centigramme dix minutes avant. De plus, il ne faut pas commencer la dilatation avant l'anesthésie complète. De cette façon, on est à peu près sûr d'éviter les accidents.

Immédiatement après l'opération, les sphincters se relâchent et la muqueuse rectale vient faire saillie sous forme d'un bourrelet par l'orifice anal. Le sphincter ne se contracte plus; il ne remplira plus ses fonctions pour un temps; aussi est-il bon de constiper la malade au moins jusqu'au surlendemain. Car, de plus, pendant

les premières heures et surtout au moment du passage des matières fécales, il se produit des douleurs assez vives qui sont la conséquence de la contusion.

Ce relâchement des sphincters s'atténue assez rapidement, mais l'atonie persiste quelques jours (environ huit jours).

On observe aussi parfois de la rétention d'urine sans spasme de l'urètre due à la paralysie vésicale. C'est encore un phénomène reflexe comme il en existe tant entre les deux organes.

La dilatation forcée produit la disparition des phénomènes spasmodiques et une diminution des douleurs. Cet effet, qui est constant dans les maladies où ce genre d'intervention a été déjà expérimenté, a existé pour les deux malades opérées par M. le professeur Poncet. Les résultats ont été excellents.

Les deux observations qui suivent sont dues à l'obligeance de M. le professeur Poncet.

OBSERVATION I

Cancer inopérable de l'utérus. — Douleurs ano-rectales avec épreinte, ténésme. — Constipation opiniâtre. — Dilatation après éthérisation. — Disparition des douleurs.

Mme X..., âgée de 63 ans, est porteuse d'un cancer de l'utérus inopérable dont le début remonterait à huit à dix mois.

Depuis trois mois, la malade souffre presque constamment. Soit pendant le jour, soit pendant la nuit, elle éprouve des spasmes douloureux du côté de l'anus. La constipation est des plus opiniâtres. La malade

redoute d'aller à la selle et ne peut effectuer cet acte qu'à la suite de lavements et de laxatifs.

La malade a employé tous les calmants possibles, et elle réclame une opération quelconque pour être soulagée.

Le 22 mars 1898, M. le professeur Poncet pratique la dilatation méthodique avec les mains, et avec le spéculum d'Ambroise Paré de l'an us et de la partie terminale du rectum. Pas d'incidents opératoires.

Le soir même la malade se dit très soulagée, et ne plus éprouver d'aussi fortes douleurs que précédemment.

Pendant les six mois qui suivirent, le soulagement persista. La constipation était bien moindre que par le passé et l'état général était redevenu meilleur. L'écoulement sanieux qui n'avait jamais été très abondant persistait.

Vers le mois de novembre de la même année, l'écoulement séroanguinolent augmente. Pertes involontaires d'urine. Les douleurs reparaissent peu à peu avec quelques irradiations dans le tronc et les membres inférieurs. La cachexie se produit, œdème des membres inférieurs et du tronc.

La malade succombe le 25 février 1899, un an après l'intervention. Pendant toute cette année la malade s'était trouvée considérablement soulagée ; son état général était resté bon pendant assez longtemps, et ce n'est que lorsque le néoplasme eut envahi tout le bassin que les douleurs reparurent.

OBSERVATION II

Cancer inopérable de l'utérus. — Douleurs exclusivement ano-rectales. — Dilatation. — Disparition des douleurs pendant trois mois.

Mme A..., habitant Lyon, âgée de 65 ans, est porteur d'un cancer de l'utérus inopérable. Les culs-de-sac latéraux sont envahis, l'utérus immobile, et le toucher rectal particulièrement pénible permet de sentir une grosse masse entourant le rectum, mais ne l'ayant pas encore envahi.

Les premières douleurs se sont fait sentir dans la région anale, le périnée, et la malade se croyait atteinte d'une affection de l'extrémité inférieure du gros intestin et non de la matrice. Depuis quelques semaines surtout ces douleurs reviennent par crises fréquentes, surtout violentes pendant les efforts de constipation.

On fait la dilatation après éthérisation.

Dans les jours qui suivent, la malade éprouve un soulagement considérable.

Un mois après, elle présente des symptômes d'urémie pendant qu'il se développe une tumeur liquide dans la région lombaire gauche. Les accidents urémiques sont dus à une hydronéphrose produite par le rétrécissement de l'urètre gauche par suite de l'augmentation du néoplasme utérin. M. le professeur Poncet pratique la néphrostomie du rein gauche.

Les phénomènes s'amendent.

La malade survécut trois mois et mourut à cette époque de cachexie.

Les douleurs ano-rectales n'avaient guère reparu qu'à la fin avec d'autres douleurs irradiées. Mais dans tous les cas, la malade s'en plaignait fort peu et la morphine aidant elle parut avoir retiré de la dilatation un très grand bénéfice.

Ces deux observations sont absolument concluantes. Douleurs très vives dans la région anale avant, et amélioration notable après l'opération.

Chez la première malade la diminution des douleurs se fait sentir le soir même et persiste pendant six mois jusqu'au jour où l'envahissement s'était étendu à tout le bassin, où la malade présentait ce qu'on a appelé de la carcinose utéro-pelvienne diffuse.

Chez la seconde la localisation des douleurs à l'orifice anal est bien précise dès le début. L'amélioration se fit sentir jusqu'au moment de la mort de la malade, c'est-à-dire trois mois après. Lorsqu'on fit la dilatation, l'évolution néoplasique était assez avancée. Les signes fournis par le toucher le prouvaient ainsi que l'oblitération de l'urètre gauche qui se produisit un mois après. Cependant le soulagement fut très appréciable.

Dans ces deux cas, il n'y eut qu'une seule intervention, mais si l'amélioration n'avait pas persisté ou si les résultats n'avaient pas été satisfaisants, M. Poncet n'aurait pas hésité à pratiquer une *seconde fois* la dilatation, surtout en raison de son peu de gravité pour la malade.

La troisième observation que nous allons publier est due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bérard.

Les résultats n'ont pas été aussi concluants, nous les discuterons après.

OBSERVATION III

Cancer du col de l'utérus opéré par voie vaginale. — Récidive au bout de trois mois. — Douleurs rectales. — Dilatation forcée.

Madame V..., âgée de 50 ans, entre à la salle Sainte-Anne dans les derniers mois de 1898. Elle est couchée au lit n° 3.

Elle est atteinte de cancer du col.

Au toucher, on constate que le vagin n'est pas pris, que l'utérus est bien mobilisable et facilement abaissable. Les culs-de-sac ne sont pas envahis.

Aucun signe de propagation, la malade se plaignait seulement de douleurs à la miction.

On décide l'opération, l'hystérectomie est faite. Les culs-de-sac postérieur et latéraux étaient absolument libres, mais en avant du côté de la vessie, on est obligé de poursuivre un prolongement cancéreux.

La malade guérit.

Trois mois après, il se produit une récidive dans les ganglions du bassin et dans le tissu cellulaire. Des douleurs apparaissent et siègent au pourtour de l'anus, surtout lorsque la malade va à la selle, et quelques irradiations légères dans les membres inférieurs.

La malade revient à l'hôpital.

On lui fait une dilatation forcée de l'anus et du rectum à cause de ses douleurs. Elle est soulagée immédiatement, mais seulement pendant quinze jours. Plus

tard, les douleurs qui n'avaient jamais complètement disparu, reprennent leur caractère d'acuité.

Il n'est pas fait de nouvelle intervention par suite du refus de la malade. Elle est traitée par des suppositoires et par de la morphine en injection. Cachexie très prononcée actuellement.

Il y a plusieurs points à relever dans cette observation.

D'abord, ce sont les douleurs qui apparaissent avant les signes objectifs de propagation. Nous nous rappelons, en effet, que dans l'étude clinique, nous avons dit que tout cancer du col qui souffre est propagé. L'opération l'a prouvé.

Secondement, la dilatation a été faite après la récurrence, c'est-à-dire lorsque tout le tissu cellulaire, les ganglions du bassin étaient envahis, lorsqu'il y avait cette carcinose utéro-pelvienne diffuse dont nous parlions plus haut. Dans ces cas, tous les nerfs sont lésés et beaucoup plus haut que le point où l'on peut agir à travers le rectum.

Enfin, nous pouvons dire que, si la malade avait voulu, il aurait fallu faire une autre dilatation forcée, comme le conseille M. le professeur Poncet. Peut-être le soulagement eût-il été plus durable.

Nous devons rapprocher ces résultats opératoires de ceux qui ont été obtenus par la dilatation dans les autres maladies des organes génito-urinaires.

Cette opération a été employée très souvent pour les organes urinaires plus particulièrement chez l'homme,

nous en avons dit la raison, et pour les organes génitaux chez la femme.

Daniel Mollière cite le cas (1884), d'une cystalgie avec spasme de l'urètre guérie par la dilatation forcée du rectum.

Maisonneuve et Reliquet l'employaient comme adjuvant utile du traitement spécial des affections douloureuses et spasmodiques de l'urètre et de la vessie, alors qu'une opération ne pouvait radicalement guérir les lésions.

Maisonneuve traitait de propos délibéré par la dilatation du sphincter, tous ses prostatiques comprenant dans cette catégorie les hypertrophies séniles, les prostatites chroniques et même les cancers de la prostate. Cette dernière maladie ayant de très grandes analogies de symptômes et d'évolution avec le cancer de l'utérus, il était utile de signaler spécialement les résultats obtenus dans ces cas par ce chirurgien.

La dilatation forcée dans les cancers de l'utérus vient compléter cette longue liste d'indications. D'autre part, chez la femme, cette opération avait été faite dans les cas de métrites douloureuses, de vaginisme. Nous trouvons dans la thèse de Visca des cas de vaginisme avec contracture de la vulve et du sphincter anal guéris par la dilatation forcée de la vulve et du rectum, et parfois seulement du rectum seul.

M. Aubert a publié en 1879, dans le *Lyon médical*, une observation de vaginisme et les résultats excellents au point de vue du repos de la femme et de la vie conjugale qu'il obtint après la dilatation par l'instrument d'Ambroise Paré. Ce chirurgien s'étonne qu'après de

pareils résultats obtenus par l'action sur le sphincter seul, on ait eu recours non à la dilatation, mais à l'incision des sphincters pour faire cesser la contracture (Dolbeau-Tarnier), et il ajoute que la dilatation est un moyen efficace, innocent, simple et qui, par conséquent, doit lui être préféré.

Dans tous ces nombreux cas, le traitement a été efficace. Dans les cancers de l'utérus, il en a été de même. C'est encore une nouvelle preuve de cette efficacité.

La dilatation produit un effet semblable dans des maladies différentes. Comment agit-elle? C'est ce que nous allons essayer de discuter.

Le problème est difficile à résoudre et on en est réduit à faire des hypothèses.

Quenu et Hartmann comparent l'action de la dilatation à celle du chloroforme au début de l'anesthésie qui produirait une atonie réflexe du sphincter. L'anesthésie paralyse le centre ano-spinal et met le sphincter en résolution par l'intermédiaire de la moelle.

Quenu a fait des expériences sur des chiens préalablement endormis. Aussitôt après la dilatation l'anus est béant, le toucher rectal ne fait plus sentir la contraction du sphincter, mais la contractilité du muscle est conservée et il suffit de l'exciter directement pour le faire contracter brusquement. De même, l'excitabilité du nerf sphinctérien n'est pas compromise. Cet auteur conclut que les effets ne dépendent pas d'une lésion locale. Au bout de 48 heures la tonicité reparaît et 72 heures après, le sphincter a repris toute son énergie. Chez l'homme, l'atonie persisterait plus longtemps, elle durerait à peu près une semaine (Ch. Ball).

Donc on n'agit pas localement sur l'appareil neuromusculaire de l'anus, mais à distance sur la moelle. On paralyserait le centre ano-spinal par l'intermédiaire des nerfs sensitifs, à l'aide d'une excitation violente de ces nerfs. On provoquerait un phénomène d'inhibition réflexe.

D'après Van Buren, la dilatation aurait produit une élongation des nerfs sensitifs. Hypothèse fort possible, car la dilatation doit être poussée très loin jusqu'au contact des ischions. Quenu et Hartmann s'élèvent contre cette manière de voir en disant qu'on ne peut pas admettre que les nerfs soient tirillés et allongés dans un acte qui rapproche les ramifications du tronc. Mais il ne faut pas oublier que ces nerfs forment autour du rectum un réseau excessivement riche et formé de fines fibrilles. Cette richesse et cette ténuité expliquent l'influence considérable que peuvent avoir sur un organe placé comme le rectum des manœuvres opératoires même peu compliquées.

Nous croyons utile pour cette étude de voir comment agit l'opération du décollement du rectum préconisée par M. Jaboulay, opération qui a tant d'analogie avec la dilatation. Elle agit sur les mêmes régions et pour des indications semblables. Elle a été employée dans les névralgies pelviennes et dans les phénomènes douloureux des membres inférieurs.

Donc il est rationnel de voir comment elle agit et de chercher si la solution que propose M. Jaboulay peut s'appliquer aux cas que nous étudions.

Le temps capital du décollement du rectum est de séparer le rectum du sacrum. On introduit sur la face anté-

rieure du sacrum par l'incision parasacrée une douzaine de petits tampons de gaze qui déchirent, avec les ganglions sympathiques sacrés, un grand nombre de filets nerveux sympathiques afférents ou efférents, dont quelques-uns viennent lorsqu'on retire une seconde série de tampons introduits après l'extraction des premiers.

Par cette opération on détruit : 1° les branches antérieures du sympathique sacré qui vont au plexus hypogastrique ; 2° les branches qui relient le plexus hypogastrique aux troisième et quatrième paires sacrées (branches d'origine du sciatique.)

On agit donc sur les filets nerveux qui sont autour et en arrière du rectum, sur ces filets que nous intéresserions dans la dilatation du rectum.

Or, Jaboulay explique les effets de son intervention par l'inhibition et l'interférence produite par l'action sur le sympathique sacré. Et comme l'étendue du sympathique sacré est considérable, considérable aussi est l'influence d'une opération pratiquée sur lui. Nous avons cité dans le premier chapitre ce cas d'arthrite nerveuse accompagnée de troubles menstruels guérie radicalement. Nous pourrions citer tous les opérés de Jaboulay dont les résultats ont été bons, mais nous pouvons résumer en disant que cette opération a parfaitement réussi dans les névralgies pelviennes intolérables et rebelles et dans les affections douloureuses des membres inférieurs.

Ce sont les mêmes résultats qui ont été observés par la dilatation, sauf pour les affections douloureuses des membres inférieurs où l'opération n'a pas été faite. Mais Jaboulay trouve qu'il ne serait pas illogique de traiter des sciatiques réflexes ainsi. Voici, en effet,

ce qu'il dit : « La dilatation ano-rectale allonge et
« distend le collier nerveux que forme au rectum le
« plexus hypogastrique. Comme ce plexus commande
« encore à la vessie, aux vésicules séminales, au canal
« déférent, au vagin, à l'utérus, tous ces organes
« peuvent être impressionnés par la même opération ;
« enfin ce plexus étant encore relié au grand sciatique
« d'avant en arrière, d'une part par la succession de
« ses branches antérieures, puis des ganglions sacrés,
« enfin des branches externes de ces ganglions, de
« l'autre par des branches antérieures des 3^e et 4^e
« paires sacrées, il ne serait pas illogique de traiter les
« sciatiques reflexes par la dilatation du rectum. »

Le résultat est donc le même pour les deux traitements mais tandis que la dilatation distend seulement les fibres, le décollement les divise. L'effet est semblable mais plus complet dans le second cas. De plus, l'opération est plus difficile, plus grave surtout chez des malades cachectiques et on doit pratiquer la dilatation anale qui est à la portée de tous avant de recourir à la section du sympathique sacré qui exige une réelle habileté opératoire.

On a encore proposé pour les névralgies pelviennes la résection de la branche périnéale du nerf honteux interne. Cette opération préconisée par Simpson diminuerait les phénomènes spasmodiques du côté du périnée et de l'urètre profond. Mais cette opération a été délaissée par tous les chirurgiens « qui n'en parlent « que pour la rejeter ». De plus, cette opération, comme l'avoue M. le professeur Rochet, est délicate à pratiquer pour arriver sur le tronc même du nerf

honteux interne. Nous la laisserons donc de côté. La dilatation des orifices ano-rectal et vésico-urétral, dit M. Jaboulay, doit, sans conteste, lui être préférée et il faut savoir que la dilatation telle que la pratiquaient Maisonneuve, Reliquet donne souvent des résultats inespérés dans les névralgies vésicales.

La dilatation a l'avantage d'être rapide, de ne pas soumettre les malades déjà anémiées et cachectiques à des hémorragies, et à un choc opératoire trop fort, et surtout son plus grand mérite est la simplicité. Elle peut être faite en tous lieux et par n'importe quel médecin. De plus, elle évite sûrement l'infection qui ne tarderait pas à se produire par des plaies continuellement souillées par les liquides expulsés.

En résumé, la dilatation de l'anus et du rectum telle que M. le professeur Poncet la pratique pour les douleurs des cancers du l'utérus est basée sur les résultats obtenus dans les autres affections traitées par la même opération (en général toutes les névralgies pelviennes). Elle doit être préférée aux autres modes de traitement parce qu'elle est simple.

Quant à son action: elle agit sur les filets sympathiques soit en les libérant de la néoplasie, soit en détruisant leurs connexions, soit en les élongant, soit enfin et probablement en agissant sur le centre médullaire et en produisant de l'inhibition. Mais peu importe si le soulagement survient. Car pour les chirurgiens ce résultat seul est à considérer.

CONCLUSIONS

1° Le cancer de l'utérus est très souvent accompagné de douleurs. Celui du corps dès le début. Celui du col qui est le plus fréquent (94 0/0 statistique de Pichot) l'est tardivement. Dans ce cas, les douleurs indiquent que le néoplasme a dépassé les limites de l'utérus et qu'il est inopérable.

2° Ces douleurs sont caractéristiques des cancers et présentent de fréquentes irradiations dans les régions anales. et périnéales.

3° Elles sont produites soit par la compression des nerfs, soit par leur envahissement par le cancer. Les nerfs lésés font partie des riches plexus sympathiques qui entourent le rectum et qui tiennent sous leur dépendance tous les organes pelviens. Ainsi s'expliquent les diverses irradiations.

4° L'étude des rapports anatomiques, physiologiques et cliniques du rectum et de l'utérus donna l'idée à M. le professeur Poncet d'agir sur l'utérus par l'intermédiaire du rectum, en ayant recours à la dilatation ano-rectale.

5° Les résultats obtenus chez les opérées de M. le professeur Poncet ont été concluants. Les douleurs avaient considérablement diminué et cet état d'amélioration persista pendant trois à six mois jusqu'à la mort. Si l'accalmie douloureuse est de courte durée, on ne redoutera pas de recourir, sous l'anesthésie, à une nouvelle séance de dilatation, cette intervention ne présentant, comme nous l'avons dit, aucune gravité.

6° Le manuel opératoire est des plus simples. C'est celui employé dans la fissure à l'anus. Mais il faut y joindre la dilatation du rectum pratiquée avec douceur et aussi haut que possible (8 à 10 centimètres au-dessus de l'orifice anal) soit avec les doigts, soit avec des spéculums pleins.

7° Elle agit probablement en détruisant les connexions des nerfs qui forment les plexus ou bien par un phénomène d'inhibition dont le centre serait dans la moelle.

8° La même méthode de traitement a été employée avec succès chez l'homme dans les affections douloureuses de la vessie, de l'urèthre et de la prostate, et chez la femme dans les cas de vaginisme.

VU :

Le Président de la Thèse,

PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT. — Bulletin du *Lyon médical*, 1879.
- CARON. — Contribution à l'étude des complications des cancers de l'utérus. Thèse de Paris, 1884.
- CHAMPION. — Traitement palliatif des cancers utérins inopérables. Thèse de Paris, 1897.
- CORNIL et RANVIER. — *Manuel d'Histologie pathologique*.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*.
- GOMET. — Thèse de Paris, 1886.
- GUINARD. — Traitement des cancers de l'utérus par le carbure de calcium, *Presse médicale*, 14 septembre 1898 et *Bulletin de thérapeutique*, 1896.
- HERLITZKA. — Innervation de l'utérus, *Presse médicale*, 26 février 1898.
- JABOULAY. — Rôle du sympathique dans les névralgies, *Province médicale*, mars 1899.
- Traitement de la névralgie pelvienne par la paralysie du sympathique sacré, *Lyon médical*, 15 janvier 1899.
- MAISONNEUVE. — De la dilatation forcée du sphincter dans plusieurs affections de cette partie, *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1851.
- Clinique chirurgicale.
- MOLLIÈRE. — *Traité des maladies du rectum et de l'anus*.
- POIRIER. — *Anatomie humaine*.

PONCET. — De la dilatation ano-rectale dans les douleurs pelviennes des cancers inopérables de l'utérus, de la prostate, *Lyon médical*, 19 février 1899.

POZZI. — *Traité de gynécologie*.

QUENU et HARTMANN. — *Chirurgie du rectum*.

— Expériences sur la dilatation ano-rectale, *Gaz. Médicale*, 26 janvier 1895.

ROCHET. — Résection de la branche périnéale des nerfs honteux internes dans les urétrocystites douloureuses. — Association française d'urologie, 20 octobre 1899.

SCHULTZ. — *Wiener méd. Presse*, 1896, n° 1.

TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*.

TILLAUX. — *Traité de clinique chirurgicale*.

VISCA. — Thèse, de Paris.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. Rapports du rectum et de l'utérus.	12
CHAPITRE II..... Anatomie pathologique et symptomatologie	23
CHAPITRE III..... Traitement palliatifs des cancers de l'utérus.....	35
CHAPITRE IV..... Opérations et résultats	45
CONCLUSIONS.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	62

